

# Stellungnahme

der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

**06. November 2014**

---

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes  
zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen  
Krankenversicherung**

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe setzt sich als Selbsthilfevereinigung mit ca. 135.000 Mitgliedern seit über 50 Jahren für die Belange von Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Familien ein und verfolgt dabei die Leitlinien von Teilhabe und Inklusion, wie sie auch durch das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) seit 2009 in Deutschland gesetzlich festgeschrieben sind.

## **Inhaltsverzeichnis**

### **1. Vorbemerkung**

### **2. Stellungnahme zum Referentenentwurf**

- Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (§ 22a SGB V)
- Streichung der Richtgrößen (§ 84a SGB V)
- Medizinische Behandlungszentren (§§ 119c, 120, 43b SGB V)
- Die Berücksichtigung der besonderen Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung bei der Besetzung von Vertragsarztsitzen (§ 103)

### **3. Anregung zu weiteren Gesetzesänderungen**

- Kostenübernahme von Begleitpersonen (§11 SGB V)
- Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V, § 43 SGB)

## 1. Vorbemerkung

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung möchte die Bundesregierung eine flächendeckende gute medizinische Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe hat eine Stellungnahme erarbeitet, die die Interessen von Menschen mit geistiger Behinderung zum Thema hat.

Die Lebenshilfe begrüßt den Gesetzesentwurf. Es sind viele neue Regelungen enthalten, für die wir uns schon lange und mit Nachdruck einsetzen. Zu nennen sind vor allem die medizinischen Zentren für die Behandlung erwachsener Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB). Die Qualität der medizinischen Behandlung für diese Patienten wird dadurch erheblich steigen. Ihnen steht damit eine Versorgungsstruktur zur Verfügung, wenn Haus- und Fachärzte aufgrund eines komplizierten Erkrankungsbildes oder Settings keine adäquate Behandlung mehr leisten können und der Weg in ein sozialpädiatrisches Zentrum aufgrund der Altersüberschreitung nicht mehr möglich ist. MZEBs werden allerdings nur entstehen, wenn die geleistete Arbeit gut und unkompliziert – ohne das Entstehen von Zuständigkeits-überschneidungen - abgerechnet werden kann. Daher ist eine pauschalisierte Vergütung über die gesetzliche Krankenversicherung unerlässlich.

Gesetzgeberisches Ziel des Versorgungsstärkungsgesetzes ist es, der sehr unterschiedlichen medizinischen Versorgung in Ballungsräumen und ländlichen Gegenden entgegenzuwirken. Die Versorgung kann jedoch nicht nur aufgrund der regionalen Gegebenheiten differieren. Für Patientinnen und Patienten mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung oder auch eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund hohen Alters ist eine Orientierung im bestehenden Gesundheitssystem vielmehr wegen der bestehenden (körperlichen und intellektuellen) Barrieren schwerer. Sie nutzen die angebotenen Leistungen daher seltener oder gar nicht. Ein Hinwirken des Gesetzgebers auf umfassende Barrierefreiheit spielt daher beim Erreichen des Ziels einer guten medizinischen Versorgung für alle eine immer größere Rolle.

Dies wird derzeit besonders am Beispiel der psychotherapeutischen Versorgung deutlich: die Therapie soll nun schneller möglich sein. Menschen mit geistiger Behinderung aber bekommen in der Regel gar keinen Psychotherapieplatz – auch nicht nach langer Wartezeit. Hier muss der Gesetzgeber Maßnahmen ergreifen, da im Rahmen der Selbstverwaltung der Ärzteschaft eine Versorgung für alle Menschen derzeit nicht ermöglicht wird.

Die Terminservicestellen bieten allen Patientinnen und Patienten Hilfestellung. Ihre Vermittlung ist allerdings nur hilfreich, wenn sie Fachärzte vermitteln, die die konkret gewünschte Behandlung auch tatsächlich anbieten. Die Wichtigkeit einer solch inhaltlich fundierten Vermittlung wird nachfolgend unter 3. am Beispiel der zahnärztlichen Versorgung unter Zuhilfenahme von Anästhesieleistungen aufgezeigt.

Auch möchte die Bundesvereinigung Lebenshilfe ein Bewusstsein dafür schaffen, dass die geplante Streichung der Richtgrößen Auswirkung auf die dauerhafte Verordnung von Heilmitteln und somit auf die Versorgung von chronisch kranken Menschen hat.

Die vorliegende Stellungnahme greift darüber hinaus zwei weitere (im Gesetzesentwurf nicht angesprochene) Punkte auf, die aus Sicht der Lebenshilfe die Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung besonders verbessern würde.

Hier geht es zum einen darum, dass es für alle Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung möglich sein muss, eine bezahlte Betreuungskraft mit ins Krankenhaus zu nehmen, wenn sie dort stationär aufgenommen werden. Dies ist zurzeit nur für Menschen möglich, die im Arbeitgebermodell selbst Assistenten anstellen. Menschen mit einer geistigen Behinderung ist dies in der Regel jedoch nicht möglich, so dass sie unangemessen benachteiligt werden. § 11 Abs. 3 SGB V muss daher überarbeitet werden.

Weiterer langjähriger Streitpunkt ist die Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 37 SGB V. Die gesetzlichen Krankenkassen lehnen den Anspruch mit vielfältigen Begründungen, auf die unter 3. konkret eingegangen wird, ab. Die Rechtsprechung ist aufgrund der unklaren gesetzlichen Regelung sehr uneinheitlich. Da Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung sehr oft krankenflegerische Behandlungen ärztlich verordnet bekommen, treten die rechtlichen Konflikte zwischen Patient und Krankenkasse häufig auf. Die Gerichte sind stets vielfältig mit der Klärung dieser Rechtsfrage beschäftigt. Die Lebenshilfe ist daher überzeugt, dass hier dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht.

## **2. Stellungnahme**

### **Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (§ 22 a SGB V)**

Um die zahnmedizinische Prävention für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen und Menschen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz zu verbessern, soll für diese Personengruppen ein Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen werden. Zu den Leistungen gehören die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene, das Erstellen eines Mundpflegeplanes und die Entfernung von Zahnbelag.

Die Lebenshilfe begrüßt, dass die Patientinnen und Patienten, denen das Pflegen der Zähne aufgrund einer geistigen Behinderung oder eingeschränkter Alltagskompetenz schwer fällt, im Erhalt ihrer Zähne unterstützt werden.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe regt dringend an, dass neben den Pflegeeinrichtungen explizit auch die Einrichtungen der Behindertenhilfe als Ort der Leistungserbringung in der Gesetzesbegründung genannt werden.

Zur zahnmedizinischen Versorgung insgesamt geben wir jedoch zu bedenken, dass die Behandlung im Bereich des Mundes für Patienten mit geistiger Behinderung oftmals nur mit einer ambulanten Narkose durchzuführen ist. Gerade hier hat sich jedoch gezeigt, dass es nur sehr wenige niedergelassene Zahnärzte und auch Kliniken gibt, die diese ambulante Behandlung anbieten. Grund dafür ist die schlechte Vergütung für anästhesistische Leistungen im Zusammenhang mit einer zahnmedizinischen Behandlung.

Der Lebenshilfe ist bewusst, dass die Festlegung der Vergütung ärztlicher Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V grundsätzlich Aufgabe der Selbstverwaltung der Ärzte und Zahnärzte ist. Dennoch muss der Gesetzgeber für die Versorgung aller Versicherten Sorge tragen.

Das Problem könnte bereits mit einer Konkretisierung der neu geschaffenen Regelung des § 75 Abs. 1a SGB V beseitigt werden. Der Gesetzgeber hat bereits erkannt, dass er auf die

Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung Einfluss nehmen muss. Dabei geht es zunächst darum, den Patientinnen und Patienten überhaupt einen Termin – also den Zugang – zu einem Facharzt mit nicht allzu langer Wartezeit zu verschaffen. Man könnte nun weiterführend in der Gesetzesbegründung festhalten, dass den Patientinnen und Patienten ein Termin bei einem Facharzt nur dann exkulpierend vermittelt werden kann, wenn dieser auch die ganz konkret benötigte Behandlung (also z. B. Zahnsteinentfernung und Zahnsanierung unter Narkose) anbietet. Reichte es bereits aus, dass die Terminservicestelle in einem solchen Fall einen Zahnarzt vermittelte, ohne dass dieser eine Behandlung unter Narkose anböte, würde die Rechtsfolge des § 75 Abs. 1a SGB V teilweise nicht greifen. Der positive Effekt – dass im Rahmen der Selbstverwaltung Gegenmaßnahmen ergriffen und entsprechende Therapien angeboten würden, bliebe sodann aus. Der Patient hätte freilich immer noch nicht die benötigte Behandlung erhalten.

### **Streichung der Richtgrößen in § 84 SGB V**

Der Referentenentwurf sieht vor, die bundesweit vereinbarten Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel entfallen zu lassen. Zukünftig sollen auf Landesebene Vereinbarungen über die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen getroffen werden.

Der Wegfall der Richtgrößen, der als solches nicht beanstandet wird, bedeutet gleichzeitig, dass auch die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz beschlossenen bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten für Heilmittel (§ 84 Abs. 8 SGB V) nicht mehr gelten werden, da der Anknüpfungspunkt fehlt. Dies kann zur Folge haben, dass (wieder) eine sehr ungleiche Versorgung von Patientinnen und Patienten eintritt – je nachdem in welchem Bundesland diese leben. Dies war bereits der Fall bevor durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Jahr 2007 die Regelungen des § 84 Abs. 8 i. V. m § 32 Abs. 1a SGB V eingeführt wurden. Diese Normen haben sich in der Praxis bewährt und es besteht große Einigkeit darüber, dass die dauerhafte Versorgung mit Heilmitteln, auf die Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung angewiesen sind, um eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands zu vermeiden, seither gut geregelt sind.

Die nun geplante Änderung nähme Ärzten die Möglichkeit aufgrund von Praxisbesonderheiten chronisch kranken Patientinnen und Patienten unkompliziert und budgetneutral auch eine langfristige Heilmittelbehandlung verordnen zu können. Dies stellte eine Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung dar, die die vor einigen Jahren eingeführte Regelung gegenstandslos machen würde. Der Gesetzgeber muss einer solchen (Rück-)Entwicklung entgegensteuern, um die derzeit gute Versorgung von Menschen mit Behinderung und chronisch Kranken mit Heilmitteln nicht wieder zu gefährden. Zumal diese den Grundsatz des § 2a SGB V umgesetzt hat: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“

Daher hält die Bundesvereinigung Lebenshilfe es für dringend erforderlich, die Möglichkeit einer budgetneutralen Verordnung einer langfristigen Heilmittelbehandlung weiterhin bundesgesetzlich so abzusichern, dass dies in der Praxis trägt.

### **Medizinische Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (§§ 119c, 120, 43b SGB V)**

Angelehnt an die sozialpädiatrischen Zentren für Kinder, will der Gesetzgeber auch für volljährige Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung eine adäquate gesundheitliche Versorgung gewährleisten. In den medizinischen Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) sollen die speziell wegen der Behinderung

benötigten Gesundheitsleistungen an einem Ort und mit vertretbarem Aufwand „aus einem Guss“ erbracht werden.

Die Lebenshilfe setzt sich schon lange für die Einführung der MZEB im Rahmen einer gestaffelten Gesundheitsversorgung ein und begrüßt die Einführung dieser Behandlungsmöglichkeit daher außerordentlich. Nicht immer können Haus- und Fachärzte Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung vollumfänglich behandeln. Wenn sich mehrere Krankheitsbilder überlagern oder besondere Settings bestehen, kann es notwendig werden, dass Ärzte mit besonderem Wissen und Kompetenzen diese Patientinnen und Patienten behandeln.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt, dass in diesen medizinischen Zentren eine Kombination mit zahnärztlichen Leistungen möglich sein kann. Wir halten das Vorhalten zahnmedizinischer Leistungen in MZEB jedoch nicht für zwingend notwendig; zumal zahnmedizinische Leistungen zumeist nicht innerhalb von medizinischen Versorgungsstrukturen, sondern vielmehr in eigenen, zahnmedizinisch geprägten Einrichtungen erbracht werden.

Die Kosten für die medizinischen Zentren müssen in vollem Umfang durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen werden. Die Lebenshilfe plädiert in diesem Zusammenhang dringend für die Einführung einer eigenen Leistungsnorm, um die Finanzierung zu sichern. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Möglichkeit der Ermächtigung von MZEBs zwar auf dem Papier besteht, sich tatsächlich aber keine Klinik um die Implementierung eines solchen Zentrums bemüht und damit die Intention des Gesetzgebers ins Leere läuft.

Des Weiteren muss sichergestellt werden, dass nichtärztliche Leistungen im notwendigen Umfang erbracht werden können. Gleichzeitig muss eine unbegrenzte Leistungsausweitung der MZEB verhindert werden. Analog zu den sozialpädiatrischen Zentren ist daher auch der § 43 SGB V um einen § 43b (neu, bisheriger b wird zu c) zu ergänzen. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. schlägt folgende Neufassung vor:

„Menschen mit geistigen und/oder schweren Mehrfachbehinderungen im Sinne des § 119c haben Anspruch auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung in einem Medizinischen Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; dieser Anspruch besteht dann wiederholt, wenn die Entwicklung der Erkrankung oder der Behinderung dies erforderlich machen, jedoch frühestens nach einem Jahr.“

### **Die Berücksichtigung der besonderen Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung bei der Besetzung von Vertragsarztsitzen (§ 103 SGB V)**

Der Gesetzgeber möchte mit der Aufnahme der Belange von Menschen mit Behinderung und ihrer Versorgungsbedürfnisse in die Auflistung des § 103 SGB V erreichen, dass die Zahl der barrierefreien Praxen erhöht wird.

Die Lebenshilfe begrüßt ausdrücklich, dass die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit einer Behinderung beim Aufsuchen des Arztes Berücksichtigung finden sollen. Jedoch sollten die Obliegenheiten der Ärzte weitergehen: bei Nach- oder Neubesetzung eines Sitzes sollte die Verpflichtung zur barrierefreien Ausgestaltung der Praxis bestehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten zudem zur Bezuschussung von sehr teuren Umbauten angehalten werden. Nur durch derart konkrete Auflagen werden flächendeckend barrierefreie Praxen entstehen.

Wichtig ist immer wieder die Erinnerung daran, dass nicht nur Barrieren im Bereich des körperlichen Zugangs zu Praxen bestehen. Barrieren für Menschen mit einer geistigen Behinderung gibt es vor allem auch im Umgang mit dem Arzt. Daher sollte in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden, dass Vertragsarztsitze bevorzugt an Ärzte vergeben werden sollten, die sich einschlägig im Bereich der barrierefreien Kommunikation und Informationsweitergabe fortgebildet haben. Aufgrund des demographischen Wandels hat umfassende Barrierefreiheit Bedeutung für die gesamte Bevölkerung.

Im Bereich der Behandlung durch einen Psychotherapeuten reicht eine solche Auswahlsteuerung hingegen nicht aus. Es ist eine starke Unterversorgung für Menschen mit einer geistigen Behinderung festzustellen. Alle Patientinnen und Patienten warten lange auf einen Platz zur Psychotherapie – Menschen mit einer geistigen Behinderung erhalten zumeist jedoch gar keinen Platz. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe regt daher an, in diesem Bereich eine noch stärkere Steuerung, zum Beispiel in der Versorgungsplanung, vorzunehmen.

### **3. Anregung zu weiteren Gesetzesänderungen**

#### **Kostenübernahme für Begleitpersonen bei stationärer Krankenhausbehandlung (§ 11 SGB V)**

Wenn (erwachsene) Menschen mit einer geistigen Behinderung stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden müssen, können bei ihnen große Unsicherheit und Ängste, zusätzlich zu den zugrundeliegenden Erkrankungen auftreten. Gerade Untersuchungen und Behandlungen sind häufig nur schwer durchführbar, wenn keine bekannte Person die Mitwirkung des Menschen mit Behinderung unterstützt. Ursache hierfür sind in der Behinderung selbst begründete Schwierigkeiten in der Orientierung und vor allem im Verständnis dessen, was passiert. Gleichzeitig sind Ärztinnen und Ärzte wie auch Pflegende zumeist weder durch ihre Ausbildung noch durch Erfahrung darauf vorbereitet, mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung zu kommunizieren. Daher sind Menschen mit geistiger Behinderung in besonderem Maße auf bekannte Unterstützung während des Krankenhausaufenthaltes angewiesen, allein schon um eine angemessene Diagnostik und Therapie zu ermöglichen.

Zurzeit haben nach den Regelungen des Assistenzpflegebedarfsgesetzes nur die Menschen mit Behinderungen, die Assistenten nach dem Arbeitgebermodell beschäftigen, eine Berechtigung von diesen im Krankenhaus begleitet zu werden, vgl. § 11 Abs. 3 SGB V. Menschen mit einer geistigen Behinderung können das Arbeitgebermodell oftmals nicht wählen. Dennoch muss auch ihnen das Recht eingeräumt werden durch ihnen bekannte Vertrauenspersonen oder Betreuungskräfte bei stationären Krankenhausaufenthalten begleitet zu werden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund zu sehen, dass Krankenhäuser den vermehrten Pflegebedarf nicht decken können und die betroffenen Patientinnen und Patienten sich selbst überlassen sind, wenn nicht ein Angehöriger oder Mitarbeiter einer Einrichtung „ehrenamtlich“ die Begleitung übernimmt.

Die Lebenshilfe fordert daher, dass allen Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung und Unterstützungsbedarf – unabhängig davon, wie sie diesen abdecken – ermöglicht wird, ihre bewährte Unterstützung bei einem stationären Krankenhaus-, Vorsorge- oder Rehabilitationsaufenthalt mitzunehmen. Wir schlagen deshalb vor, die Begrenzung auf selbst beschäftigte Pflegekräfte im Gesetzestext aufzuheben und klarzustellen, dass die Kosten für die Begleitperson von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.

## Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

Ein seit Jahren bestehendes Problem ist die Kostenübernahme für häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Immer noch lehnen einige gesetzliche Krankenkassen, pauschal und ohne Einzelfallprüfung, die Gewährung von häuslicher Krankenpflege für Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, ab. Dies wird damit begründet, dass die Einrichtungen keine Häuslichkeit im Sinne des § 37 SGB V sei. Viele gesetzliche Krankenkassen vertreten zudem die Ansicht, dass der Leistungsanspruch für pflegebedürftige Menschen auf medizinische Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen bereits durch den in § 43a Satz 2 SGB XI genannten Betrag in Höhe von 256 EUR abgegolten sei. Daher bestehe für pflegebedürftige Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe per se kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Diese Auffassung kann nicht hingenommen werden. Es wird dabei verkannt, dass diese Einrichtungen das Zuhause der Menschen sind. Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, sind schon dadurch benachteiligt, dass sie Leistungen der Pflegeversicherung nicht abrufen können, sondern nur den Pauschalhöchstbetrag nach § 43a SGB XI erhalten, der schon allein aufgrund seiner niedrigen Höhe gar nicht geeignet ist, neben allen Leistungen der Pflegeversicherung auch noch Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu decken.

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 01.09.2005, Az: B 3 KR 19/04 entschieden, dass die pauschale Abgeltung von Pflegeleistungen nach § 43a SGB XI dem Anspruch des Versicherten auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V nicht entgegenstehe, soweit die sonstigen Voraussetzungen dieser Norm erfüllt seien. Es führt aus:

*"(..) Die Frage, ob in Einrichtungen der Behindertenhilfe lebende Personen einen Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf häusliche Krankenpflege haben, hängt auch nicht davon ab, ob sie Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Deshalb ist nicht von Bedeutung, dass der Kläger zunächst noch Leistungen nach der Pflegestufe I bezogen hat, diese aber mit Wirkung zum 1. Dezember 1999 wegen Wegfalls der medizinischen Voraussetzungen eingestellt worden sind. Der Gesetzgeber sieht die Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe als integralen Bestandteil der Eingliederungshilfe an, die früher in den Vorschriften des BSHG und heute in den §§ 53 ff SGB XII geregelt ist. Die in § 43 Abs. 2 SGB XI normierte - vorläufige - Übernahme von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekasse gilt für die Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 71 Abs. 4 SGB XI) nicht; deshalb sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit deren Voraussetzungen im Einzelnen gegeben sind, grundsätzlich auch beim Aufenthalt in einer Einrichtung nach §§ 71 Abs. 4, 43a SGB XI zu gewähren. Die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43a SGB XI steht dem Anspruch eines krankenversicherten Pflegebedürftigen auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V ebenfalls nicht entgegen, soweit die sonstigen Voraussetzungen dieser Norm erfüllt sind. (..)"*

Die Lebenshilfe fordert daher, dass die gesetzlichen Krankenkassen pflegebedürftigen Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, einen so umfassenden Anspruch auf häusliche Krankenpflege gewähren, wie allen anderen gesetzlich Krankenversicherten auch. Die diesbezüglich bestehende höchstrichterliche Rechtsprechung muss durch alle gesetzlichen Krankenversicherungen anerkannt werden. Wir schlagen dazu folgende Änderungen im SGB V und SGB XI vor:

### **§ 37 SGB V wird wie folgt geändert:**

a) Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere auch in Wohneinrichtungen für behinderte Menschen, Schulen, Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen, neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.“

b) Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere auch in Wohneinrichtungen für behinderte Menschen, Schulen, Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen, als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.“